N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Hospitalisation en soins de courte durée des réfugiés au Canada : données couplées pour les immigrants de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient

par Edward Ng, Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel

Date de diffusion : le 21 décembre 2016

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-514-283-9350

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels dans les tableaux

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2016

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada.

Une version HTML **est aussi disponible.**

This publication is also available in English.

Hospitalisation en soins de courte durée des réfugiés au Canada : données couplées pour les immigrants de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient

par Edward Ng, Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel

Résumé

Contexte : À leur arrivée au Canada, les réfugiés doivent surmonter des difficultés liées à leur établissement qui sont différentes de celles que connaissent les autres immigrants, notamment un risque plus élevé de mauvaise santé. Cette étude présente les taux d'hospitalisation des immigrants arrivés entre 1980 et 2006, pour les trois années financières de 2006-2007 à 2008-2009, en mettant l'accent sur trois groupes de réfugiés en particulier.

Méthodes : Des renseignements tirés de deux bases de données couplées ont permis d'estimer les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour 10 000 personnes de 30 ans et plus, toutes causes confondues (à l'exception de la grossesse) et pour les causes principales, par catégorie d'immigration et par sous-catégorie de réfugiés. L'analyse s'est concentrée sur les réfugiés de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient, dont les taux d'hospitalisation ont été comparés à ceux de la population née au Canada ou des immigrants de la catégorie économique provenant des mêmes régions.

Résultats : Les immigrants de 30 ans et plus, y compris les réfugiés, affichaient des THNA toutes causes confondues significativement inférieurs à ceux de la population née au Canada. Les THNA toutes causes confondues étaient de 470 pour 10 000 personnes pour l'ensemble des immigrants et de 494 pour les réfugiés, comparativement à 891 pour la population née au Canada. Des trois régions sources, ce sont les immigrants et réfugiés du Vietnam qui présentaient les THNA les plus faibles. Les THNA propres aux maladies de l'appareil circulatoire des réfugiés du Moyen-Orient parrainés par le gouvernement étaient similaires à ceux de la population née au Canada (respectivement 142 et 158). À l'exception des réfugiés de la Pologne, les réfugiés affichaient généralement des THNA plus élevés que leurs homologues de la catégorie économique.

Interprétation : De manière générale, les réfugiés, comme les autres immigrants, affichaient des taux d'hospitalisation inférieurs à ceux de la population née au Canada, mais certains sous-groupes se sont révélés particulièrement susceptibles à une hospitalisation pour des maladies chroniques spécifiques.

Mots-clés : Couplage de données, utilisation des soins de santé, catégorie d'immigration, migration.

On dispose de relativement peu de renseignements à l'échelon national sur la santé des réfugiés au Canada[1,2]. Selon les données de l'Enquête longitudinale auprès des immigrants du Canada, les réfugiés sont plus susceptibles de présenter des problèmes de santé que les immigrants d'autres catégories[3,4]. Parmi les explications possibles figurent les épreuves associées à la nature involontaire de leur migration et les difficultés d'obtenir du soutien et des soins de santé après leur migration[5].

Les efforts de surveillance de la santé des réfugiés se concentrent souvent sur les maladies infectieuses[6,7] et la santé mentale[8,9]. Cependant, un examen récent des recherches sur la santé des réfugiés a relevé des lacunes dans les données relatives aux problèmes de santé chroniques, particulièrement les maladies cardiovasculaires[10]. Sur le plan international, on porte désormais l'accent sur les maladies non transmissibles et les problèmes de santé chroniques chez les réfugiés[11,12] dans les lieux transitoires d'asile[13] et dans le pays d'établissement[14,15]. Des recherches provinciales effectuées au Canada ont relevé un risque plus élevé de maladies chroniques chez les réfugiés que chez d'autres immigrants ou résidents établis (population née au Canada et immigrants de longue date), mais des comparaisons avec la population totale née au Canada existent uniquement dans des études sur la mortalité[16-18]. De plus, aucun examen quantitatif de la santé des réfugiés, par rapport aux immigrants d'autres catégories originaires de la même région, n'a été effectué.

Au cours des années, le Canada a connu plusieurs « vagues » de réfugiés[19]. À la fin des années 1970 et au début des années 1980, environ 60 000 personnes sont arrivées du Vietnam en tant que réfugiés. Les années 1980 ont été marquées par un afflux de réfugiés de la Pologne, du fait de la crise politique et économique dans ce pays[20,21]. Ces dernières années, des réfugiés d'Afghanistan, d'Iran, d'Irak et de Syrie ont été accueillis[22].

Parce que la politique d'immigration du Canada relativement aux réfugiés vise à trouver un équilibre entre les préoccupations humanitaires et la nécessité de protéger la santé de la population générale, il est important de comprendre la santé des réfugiés et leurs besoins en matière de santé. Un examen des tendances de l'hospitalisation parmi les réfugiés des régions d'origine de ces « vagues » d'immigration permet d'obtenir de l'information sur leur établissement. Cette démarche est particulièrement pertinente du fait de l'arrivée de réfugiés du Moyen-Orient, surtout de la Syrie, depuis 2011.

La présente étude se fonde sur les données du Fichier d'établissement des immigrants et du Recensement de la population de 2006 couplées à la Base de données sur les congés des patients, afin de comparer les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge des réfugiés à ceux des autres immigrants et de la population née au Canada. En comparant les réfugiés avec les immigrants d'autres catégories originaires de la même région, il est possible de tenir compte des variations d'états de santé propres à une région.

Auteurs : Edward Ng (edward.ng@canada.ca), Claudia Sanmartin et Douglas G. Manuel travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, à Ottawa (Ontario). Douglas G. Manuel est aussi rattaché à l'Institut de recherche de l'Hôpital d'Ottawa et à l'Institut de recherche en services de santé.

Données et méthodes

Couplage des données

Le Fichier d'établissement des immigrants (FEI), une base de données nationale qu'Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada (anciennement Citoyenneté et Immigration Canada) fournit à Statistique Canada chaque année, dénombre les immigrants entrés au Canada depuis 1980. Il renferme notamment des données sur la date d'entrée, le pays d'origine et la catégorie d'immigration[23]. Les enregistrements annuels de 1980 à 2006 ont été utilisés pour les besoins de la présente analyse.

La Base de données sur les congés des patients (BDCP), que l'Institut canadien d'information sur la santé fournit à Statistique Canada[24], dénombre les congés obtenus des hôpitaux publics du Canada (le Québec non compris). Cette base de données contient des données démographiques, administratives et cliniques provenant d'environ 3 millions d'enregistrements hospitaliers par an (pour l'année financière du 1er avril au 31 mars). Les congés enregistrés pendant la période de 2006-2007 à 2008-2009 ont été utilisés aux fins d'analyse.

Le couplage du FEI et de la BDCP a été réalisé au moyen d'un appariement déterministe exact, le fichier du Recensement de la population de 2006 ayant servi de « pont ». Ce couplage a été possible, car le FEI et la BDCP (2006-2007 à 2008-2009) avaient fait l'objet auparavant d'un couplage avec le Recensement de 2006 dans le cadre de deux projets antérieurs[25,26]. Une validation a permis de conclure que le fichier couplé était représentatif des immigrants arrivés au Canada entre 1980 et 2006 ainsi que de leurs expériences d'hospitalisation[27].

Les enregistrements de quelque 4,6 millions de répondants ayant rempli le questionnaire détaillé du Recensement de 2006 (à l'exception des résidents du Québec) ont été couplés à la BDCP pour les trois années de 2006-2007 à 2008-2009, en fonction de la date de naissance, du sexe et du code postal résidentiel (le questionnaire détaillé du recensement est rempli par environ 20 % des ménages canadiens).

Le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada a approuvé ces deux couplages[28]. L'utilisation des données couplées est régie par la Directive sur le couplage d'enregistrements[29].

Statistique Canada assure la protection des renseignements personnels des répondants durant le couplage et lors de l'utilisation ultérieure des fichiers couplés. Seuls les employés qui interviennent directement dans le processus ont accès aux données d'identification uniques nécessaires au couplage (comme le nom et le sexe). Toutefois, ces employés n'ont pas accès aux renseignements relatifs à la santé. Une fois le couplage de données terminé, un fichier d'analyse est créé, dans lequel les données d'identification sont supprimées. Les analystes utilisent ensuite le fichier anonymisé aux fins de validation et d'analyse.

Deux cohortes d'étude ont été créées, représentant les personnes de 30 ans et plus, par suite du couplage entre le FEI et la BDCP (n = 1 918 300) et du couplage entre le recensement et la BDCP (n = 2 012 300). Les cohortes FEI–BDCP et recensement–BDCP ont servi à calculer les taux d'hospitalisation des immigrants, respectivement par catégorie d'immigration et pour la population née au Canada.

Réfugiés

Les catégories d'immigration examinées sont la catégorie économique, le regroupement familial et les réfugiés[30] ainsi que les personnes à leur charge.

Le système canadien d'octroi de l'asile comporte deux principaux programmes : le Programme de réinstallation des réfugiés et des personnes protégées à titre humanitaire, à l'intention des personnes qui se trouvent à l'étranger et demandent une protection, et le Programme d'octroi de l'asile au Canada, pour les personnes qui présentent une demande d'asile depuis le Canada. Aux fins de l'analyse, les réfugiés effectuant une demande de l'extérieur du Canada ont été divisés en deux catégories, à savoir les réfugiés parrainés par le gouvernement fédéral et les réfugiés parrainés par le secteur privé. Les personnes qui ont demandé l'asile après leur arrivée au Canada et dont la demande a été acceptée ont été classées dans la catégorie des réfugiés admis au Canada. En 2013, le Programme mixte des réfugiés désignés par un bureau des visas (RDBV) a été lancé pour jumeler les réfugiés parrainés par le secteur privé au Canada avec les réfugiés désignés en vue de la réinstallation par le Haut-Commissariat des Nations Unies pour les réfugiés. La catégorie RDBV ne s'applique pas à la présente analyse.

Les répercussions de l'immigration sur la santé ont toujours été une préoccupation, particulièrement pour ce qui est d'empêcher la propagation de maladies infectieuses. La *Loi sur l'immigration de 1976* a servi de base à un ensemble modernisé de politiques, fondé sur l'absence de toute discrimination et la collaboration intersectorielle, notamment dans le domaine de la santé[30]. La *Loi* exigeait que tous les ressortissants étrangers (immigrants et réfugiés) soient examinés pour des raisons de santé et de sécurité publiques. L'entrée au Canada dépendait du résultat obtenu à l'égard du critère du « fardeau excessif », c'est-à-dire qu'ils ne devaient vraisemblablement pas risquer d'entraîner un fardeau excessif sur les services de santé canadiens.

Cette clause de « fardeau excessif » a été réaffirmée dans la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2002*[31]. La notion de « fardeau excessif » est définie dans le *Règlement sur l'immigration et la protection des réfugiés (RIPR)*, comme suit :

a) toute charge pour les services sociaux ou les services de santé dont le coût prévisible dépasse la moyenne, par habitant au Canada, des dépenses pour les services de santé et pour les services sociaux sur une période de cinq années consécutives suivant la plus récente visite médicale exigée par le RIPR ou, s'il y a lieu de croire que des dépenses importantes devront probablement être faites après cette période, sur une période d'au plus dix années consécutives;

b) toute charge pour les services sociaux ou les services de santé

qui viendrait allonger les listes d'attente actuelles et qui augmenterait le taux de mortalité et de morbidité au Canada vu l'impossibilité d'offrir en temps voulu ces services aux citoyens canadiens ou aux résidents permanents.

Cependant, l'étranger est soustrait à l'application du motif du « fardeau excessif » s'il :

a) appartient à la catégorie du regroupement familial (conjoint, partenaire en union libre ou enfant d'un répondant demandant la résidence permanente);

b) a demandé la résidence permanente à titre de réfugié au sens de la Convention ou une personne dans une situation semblable;

c) est une personne protégée.

Par conséquent, depuis 2002, il est possible que les réfugiés et certains immigrants appartenant à la catégorie du regroupement familial ne se voient pas interdire l'entrée au Canada pour le motif de fardeau excessif.

Bien que présentant des renseignements sur tous les réfugiés, la présente étude met l'accent sur les réfugiés en provenance de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient. La Pologne et le Vietnam ont été sélectionnés, car il s'agit des principaux pays d'origine des réfugiés compris dans l'ensemble de données fondé sur la cohorte FEI–BDCP (suivis par le Sri Lanka, la Bosnie, le Salvador, l'Afghanistan, l'Iran et l'Irak). En raison du nombre croissant de réfugiés qui arrivent du Moyen-Orient et de l'Asie occidentale, les réfugiés d'Afghanistan, d'Iran, d'Irak et de Syrie ont été combinés (Moyen-Orient). L'inclusion des quelques réfugiés de Syrie figurant dans l'ensemble de données reflète la nécessité de comprendre les répercussions potentielles de l'afflux récent de réfugiés syriens, lorsque ces données seront disponibles.

Les années d'admission ont été divisées en deux catégories, à savoir 1991 et années antérieures, et 1992 et années ultérieures, selon la date d'admission la plus proche du point médian de la base de données. Trois groupes d'âge ont été définis : 30 à 44 ans; 45 à 59 ans; 60 ans et plus.

Méthodes statistiques

Des statistiques descriptives ont été utilisées afin d'établir le profil des populations d'immigrants et de réfugiés faisant partie de la cohorte FEI–BDCP, dans l'ensemble puis pour les ressortissants de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient. Les données correspondantes pour la population née au Canada proviennent de la cohorte recensement–BDCP.

Le principal résultat avait trait aux congés accordés aux patients hospitalisés en soins de courte durée entre le 1er avril 2006 et le 31 mars 2009. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) ont été annualisés et calculés pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse), ainsi que pour les trois causes principales, en fonction du diagnostic principal, conformément à la version 10 de la *Classification internationale des maladies*[32]. Les trois causes principales d'hospitalisation étaient les maladies de l'appareil circulatoire (codes I00 à I93 de la CIM-10), les maladies de l'appareil digestif (K00 à K93 de la CIM-10) et le cancer (C00 à D48 de la CIM-10). La population née au Canada a servi de population de référence pour les comparaisons générales. Les immigrants de la catégorie de l'immigration économique représentaient la population de référence pour les analyses propres à la région. La normalisation des taux selon l'âge était fondée sur la structure par âge de la population canadienne. Les écarts de THNA ont fait l'objet d'essais à l'aide d'une transformation logarithmique, ce qui a permis d'ajuster les résultats pour tenir compte d'événements rares[33].

Tableau 1
Certaines caractéristiques des immigrants d'après les couplages du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009) et des données du Recensement de 2006 (population née au Canada) avec la Base de données sur les congés des patients, population de 30 ans et plus, Canada, le Québec non compris

Caractéristique	Immigrants		Nés au Canada
	Total	Réfugiés	
Nombre	1 918 300	272 900	9 794 200 (2 012 300)[§]
		%	
Groupe d'âge			
30 à 44 ans	49	50	36
45 à 59 ans	35	42	37
60 ans et plus	15	8	27
Hommes	47	56	48
Catégorie d'immigration			
Réfugiés	14	...	...
Parrainés par le gouvernement	...	41	...
Parrainés par le secteur privé	...	31	...
Admis comme réfugiés au Canada	...	25	...
Personnes à charge	...	4	...
Catégorie économique	36	...	...
Regroupement familial	45	...	...
Autre[†]	5	...	
Année d'admission			...
1980 à 1991	37	52	...
1992 à 2006	63	48	...
Région d'origine			...
Pologne	4	15	...
Vietnam	4	15	...
Moyen-Orient	4	11	...
Autre	89	59	...

... n'ayant pas lieu de figurer

§ population du recensement pondérée (taille de l'échantillon)

† comprend les ressortissants étrangers n'entrant dans aucune catégorie d'immigration admis pour des considérations d'ordre humanitaire

Sources : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009) et couplage du Recensement de 2006 avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).

Résultats

Description des cohortes

Par rapport aux personnes de 30 ans et plus nées au Canada, les immigrants de la cohorte FEI–BDCP, particulièrement les réfugiés, étaient relativement jeunes (tableau 1). Le quart environ (27 %) des personnes nées au Canada étaient âgées de 60 ans et plus, par rapport à 15 % des immigrants dans leur ensemble et 8 % des réfugiés.

Les hommes représentaient moins de la moitié de la population née au Canada (48 %) et de celle des immigrants de la cohorte FEI–BDCP (47 %), comparativement à 56 % des réfugiés.

Près des deux tiers (63 %) des immigrants de la cohorte FEI–BDCP sont arrivés après 1991. Les immigrants de la catégorie du regroupement familial représentaient 45 % de l'ensemble des immigrants de cette cohorte, ceux de la catégorie économique, 36 %, et ceux de la catégorie des réfugiés, 14 %. Parmi les réfugiés, 41 % étaient parrainés par le gouvernement, 31 % étaient parrainés par le secteur privé et 25 % avaient présenté leur demande de statut de réfugié au Canada. Ensemble, les ressortissants de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient représentaient 41 % des réfugiés, mais 12 % des immigrants de la cohorte FEI–BDCP dans leur ensemble.

Reflétant les vagues de réfugiés de la fin des années 1970 et du début des années 1980, plus de 90 % des réfugiés provenant de la Pologne et du Vietnam étaient arrivés au Canada avant 1992, contre 32 % de ceux en provenance du Moyen-Orient (tableau 2).

Plus de la moitié (57 %) des réfugiés vietnamiens étaient parrainés par le gouvernement, par rapport à 30 % des réfugiés polonais et 47 % des réfugiés arrivés du Moyen-Orient. Le pourcentage de réfugiés ayant demandé le statut de réfugié après être arrivés au Canada a été notable uniquement dans le cas des ressortissants du Moyen-Orient, soit 22 %.

Tableau 2
Certaines caractéristiques des immigrants et des réfugiés de 30 ans et plus d'après le couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009), selon la région d'origine, Canada, le Québec non compris

	Pologne		Vietnam		Moyen-Orient[§]		Autre	
Caractéristique	Total des immigrants	Réfugiés	Total des immigrants	Réfugiés	Total des immigrants	Réfugiés	Total des immigrants	Réfugiés
Nombre	69 800	41 490	77 580	40 710	72 350	31 060	1 698 570	159 650
Groupe d'âge								
30 à 44 ans	37	33	48	46	51	55	50	55
45 à 59 ans	52	59	36	46	36	36	35	37
60 ans et plus	11	7	16	9	13	9	15	8
% d'hommes	48	59	48	60	53	57	47	54
Catégorie d'immigration								
Réfugiés	59	...	52	...	43	...	9	...
Parrainés par le gouvernement	...	29	...	57	...	47	...	38
Parrainés par le secteur privé	...	70	...	43	...	30	...	18
Admis comme réfugiés au Canada	...	0	...	0	...	22	...	38
Personnes à charge	...	0	...	0	...	2	...	6
Catégorie économique	28	...	37	...	15	...	37	...
Regroupement familial	11	...	10	...	34	...	48	...
Autre[†]	1	...	0	...	8	...	6	...
Année d'admission								
1980 à 1991	75	92	74	93	27	32	35	35
1992 à 2006	25	8	26	7	73	68	65	66

... n'ayant pas lieu de figurer
[§] Afghanistan, Iran, Irak, Syrie
[†] comprend les ressortissants étrangers n'entrant dans aucune catégorie d'immigration admis pour des considérations d'ordre humanitaire
Source : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) et de la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge

Les immigrants étaient bien moins susceptibles d'être hospitalisés que les personnes nées au Canada au cours de la période de 2006-2007 à 2008-2009. Le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge (THNA) de l'ensemble des immigrants de la cohorte FEI–BDCP était de 470 pour 10 000 personnes; selon la catégorie d'immigration, les taux correspondants étaient de 389 pour les immigrants de la catégorie économique, 494 pour ceux de la catégorie des réfugiés, et 508 pour ceux de la catégorie du regroupement familial (tableau 3). Chacun de ces taux est bien inférieur à celui observé pour la population née au Canada (891).

Les réfugiés avaient tendance à afficher des THNA supérieurs à ceux des immigrants de la catégorie de l'immigration économique, particulièrement pour ce qui est des maladies des appareils circulatoire et digestif. Les THNA des réfugiés parrainés par le gouvernement ou par le secteur privé étaient similaires, mais ceux des réfugiés ayant fait leur demande au Canada étaient souvent supérieurs, notamment pour les maladies de l'appareil circulatoire (tableau A en annexe).

Parmi les réfugiés des trois régions visées par l'analyse, ceux du Vietnam présentaient les THNA toutes causes confondues les plus faibles (386). Les taux étaient plus élevés pour les réfugiés de la Pologne (488) et du Moyen-Orient (510) (tableau 3). Les faibles THNA toutes causes confondues des réfugiés vietnamiens sont largement attribuables à leurs faibles THNA pour les maladies de l'appareil circulatoire (56) par rapport aux réfugiés de la Pologne (107) et du Moyen-Orient (109).

Les réfugiés du Vietnam et du Moyen-Orient affichaient des THNA toutes causes confondues plus élevés que les immigrants de la catégorie économique

Tableau 3
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge[§] (THNA) pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse) et les causes principales pour 10 000 personnes de 30 ans et plus, selon la catégorie d'immigration et la région d'origine, population née au Canada et immigrants, Canada, le Québec non compris, 2006-2007 à 2008-2009

	Toutes causes confondues			Maladies de l'appareil circulatoire			Maladies de l'appareil digestif			Cancer		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Nés au Canada†	891,2	890,1	892,3	157,7	157,3	158,2	114,5	114,1	114,9	86,0	85,7	86,4
Catégorie d'immigration												
Réfugiés	493,5*	486,5	500,6	97,8*	94,5	101,2	67,0*	64,5	69,6	58,7*	56,4	61,1
Regroupement familial	507,5*	504,3	510,7	94,4*	93,1	95,9	63,2*	62,1	64,4	59,8*	58,7	60,9
Catégorie économique	389,1*	385,4	392,9	68,5*	66,8	70,1	52,9*	51,6	54,2	60,8*	59,4	62,2
Région d'origine												
Pologne	488,1*	476,1	500,4	106,6*	100,7	112,8	60,0*	56,1	64,3	67,1*	62,9	71,6
Vietnam	385,8*	376,6	395,3	55,9*	52,4	59,7	51,5*	48,2	55,0	59,7*	56,3	63,4
Moyen-Orient	510,3*	498,6	522,4	109,4*	103,8	115,4	65,9*	61,9	70,1	56,1*	52,4	60,1
Total des immigrants du Fichier d'établissement des immigrants††	470,4*	468,3	472,5	88,4*	87,4	89,3	60,6*	59,9	61,4	59,7*	59,0	60,5

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
§ en fonction de la population du Recensement de 2006
† catégorie de référence
†† comprend les ressortissants étrangers n'entrant dans aucune catégorie d'immigration admis pour des considérations d'ordre humanitaire
Sources : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009) et couplage du Recensement de 2006 avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).

Tableau 4
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge[§] (THNA) pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse) et les causes principales pour 10 000 personnes de 30 ans et plus, réfugiés et immigrants de la catégorie économique en provenance de la Pologne, du Vietnam ou du Moyen-Orient, Canada, le Québec non compris, 2006-2007 à 2008-2009

	Toutes causes confondues			Maladies de l'appareil circulatoire			Maladies de l'appareil digestif			Cancer		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Pologne												
Réfugiés	454,4	437,1	472,4	93,2	85,1	102,2	60,4	54,6	66,8	64,5	58,3	71,3
Catégorie économique†	501,5	465,9	539,8	116,3	98,8	136,8	64,4	52,6	78,9	69,5	57,7	83,8
Vietnam												
Réfugiés	375,4*	359,8	391,6	54,8*	48,8	61,5	52,7	47,1	59,0	59,2	53,5	65,5
Catégorie économique†	284,4	259,8	311,3	29,6	22,3	39,3	36,9	28,7	47,6	66,5	54,9	80,4
Moyen-Orient												
Réfugiés	605,8*	583,4	629,2	135,4*	124,4	147,4	76,9*	69,6	85,0	50,9	44,9	57,7
Catégorie économique†	403,9	383,1	425,8	75,1	66,0	85,5	56,1	48,8	64,6	62,7	55,0	71,5

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)
§ en fonction de la population du Recensement de 2006
† catégorie de référence
Source : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).

provenant des mêmes régions. Il en allait ainsi pour les maladies de l'appareil circulatoire (pour le Vietnam et le Moyen-Orient) et pour celles de l'appareil digestif (Moyen-Orient uniquement) (tableau 4). En revanche, les THNA des réfugiés polonais étaient similaires à ceux de leurs homologues de la catégorie économique.

Les différences de THNA chez les réfugiés étaient plus grandes entre les régions d'origine qu'entre les sous-catégories de réfugiés provenant d'une même région (tableau B en annexe). Les THNA toutes causes confondues des réfugiés parrainés par le gouvernement, par exemple, étaient de 363 pour les réfugiés du Vietnam et de 609 pour ceux du Moyen-Orient. Parmi les réfugiés du Vietnam, ceux parrainés par le gouvernement et ceux parrainés par le secteur privé présentaient des THNA relativement similaires, soit 363 par rapport à 390.

Parmi les réfugiés du Moyen-Orient, le THNA propre aux maladies de l'appareil circulatoire chez les réfugiés parrainés par le gouvernement (142) était le seul taux qui n'était pas significativement inférieur au taux correspondant pour la population née au Canada (158).

Discussion

Il s'agit de la première étude nationale basée sur la population qui porte une attention particulière aux réfugiés et compare leurs taux d'hospitalisation pour les principales régions d'origine. L'analyse est fondée sur les données issues des couplages du FEI avec la BDCP et du recensement avec la BDCP, auxquelles il n'est pas facile d'avoir accès.

Les taux d'hospitalisation des immigrants se sont avérés généralement inférieurs à ceux de la population née au Canada, dans l'ensemble et pour les principales causes, ainsi que pour les régions d'origine des réfugiés sélectionnées.

Ces faibles taux d'hospitalisation corroborent l'hypothèse de l'« effet de l'immigrant en santé », selon laquelle les immigrants, particulièrement ceux arrivés récemment, ont tendance à être en meilleure santé que la population née localement. Cela pourrait être dû à une autosélection ainsi qu'à un dépistage médical favorisant les personnes en bonne santé, par suite duquel les demandeurs jugés non admissibles sur le plan médical auraient systématiquement été exclus, à tout le moins jusqu'à la promulgation de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2002*[1,34]. De récentes études suggèrent, cependant, que l'« effet de l'immigrant en santé » cache une hétérogénéité considérable attribuable aux facteurs comme le lieu de naissance[35,36] et les circonstances du départ du pays d'origine[37]. Selon la présente étude, les réfugiés affichaient généralement des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des immigrants de la catégorie de l'immigration économique[38].

Une recherche précédente basée sur les données couplées du FEI a révélé que le risque global de mortalité des réfugiés était supérieur à celui des autres immigrants, mais inférieur à celui de la population née au Canada (sauf dans le cas de certaines maladies, telles que les maladies infectieuses et parasitaires, le cancer du foie et le VIH/SIDA)[18]. Une étude pilote fondée sur les données issues du couplage du FEI avec les données administratives de la santé de Colombie-Britannique et du Manitoba a révélé que les immigrants des catégories du regroupement familial et des réfugiés avaient tendance à présenter des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux d'autres immigrants, mais pas toujours supérieurs à ceux d'autres résidents de la province[16].

Les résultats de la présente étude corroborent une analyse de 2016 ayant conclu que les réfugiés arrivés de la Syrie récemment étaient en relativement bonne santé et ne posaient aucun risque de santé immédiat pour le pays[38]. Cependant, cette analyse-là reposait sur des données autodéclarées, qui sont susceptibles de sous-représenter les cas de mauvaise santé. De plus, les auteurs de cette analyse ont avancé que ces réfugiés développeront vraisemblablement des problèmes de santé chroniques au fil du temps.

Les résultats du couplage du FEI et de la BDCP permettent de mieux comprendre de potentielles tendances en matière de maladies chroniques, notamment chez les réfugiés du Moyen-Orient, dont les THNA propres aux maladies de l'appareil circulatoire étaient relativement élevés. Selon les résultats de recherches antérieures, les immigrants d'Afghanistan et d'Irak établis en Ontario affichaient des taux d'hospitalisation par suite d'un événement cardiovasculaire important relativement élevés[39]. La présente étude a par ailleurs trouvé que les THNA des réfugiés du Moyen-Orient sont comparables à ceux observés pour la population née au Canada. Ces réfugiés étant plus jeunes comparativement aux Canadiens de naissance, ils font de bons candidats pour profiter des initiatives de prévention de la maladie.

Limites

Puisque la BDCP ne renferme pas de données sur le Québec, les immigrants y résidant, qui représentent environ 17 % de l'ensemble des immigrants de la cohorte FEI–BDCP, ont été exclus de l'étude. De plus, seuls ont fait l'objet d'un couplage les congés de patients se rapportant à trois années financières. Par conséquent, il n'a pas été possible d'examiner les tendances par catégorie d'immigration et par cohorte.

L'analyse porte sur l'utilisation des services hospitaliers, qui constitue un indicateur imparfait de l'état de santé. L'utilisation accrue d'autres services de santé (p. ex. soins primaires) par les réfugiés explique peut-être en partie leurs faibles taux d'hospitalisation. À titre d'exemple, une étude effectuée en Ontario a déterminé que les réfugiés de date récente sont plus susceptibles que les résidents de longue date d'avoir recours à des soins primaires de santé mentale[40].

Les immigrants et les réfugiés vietnamiens affichaient des taux d'hospitalisation relativement faibles par rapport aux immigrants polonais et du Moyen-Orient. Cependant, des effets de cohorte, tenant à la période et à l'âge notamment, pourraient avoir compromis la fiabilité des résultats des comparaisons

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Si les travaux de recherche sur la santé des réfugiés ont jadis souvent mis l'accent sur les maladies infectieuses ou les problèmes de santé mentale, un examen récent a relevé des lacunes statistiques pour les maladies non infectieuses et les problèmes de santé chroniques.
- Au Canada, des recherches effectuées à l'échelle provinciale ont fait ressortir un risque de maladie chronique élevé chez les réfugiés, mais des comparaisons avec l'ensemble de la population canadienne de naissance n'ont été établies que dans des études sur la mortalité.
- Aucun examen quantitatif de la santé des réfugiés, par rapport à celle des immigrants d'autres catégories originaires de la même région, n'a été effectué.

Ce qu'apporte l'étude

- Des renseignements tirés du couplage de deux bases de données ont été utilisés pour estimer les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge, selon la catégorie d'immigration et la sous-catégorie de réfugié, pour la période de 2006-2007 à 2008-2009.
- L'analyse s'est penchée principalement sur les réfugiés provenant de la Pologne, du Vietnam et du Moyen-Orient.
- Les taux d'hospitalisation des immigrants, dans leur ensemble et selon la catégorie d'immigration (immigration économique, réfugiés et regroupement familial), étaient nettement inférieurs à ceux observés pour la population née au Canada.
- De manière générale, les réfugiés affichaient des taux d'hospitalisation plus élevés que les immigrants de la catégorie de l'immigration économique.

entre groupes de réfugiés. La plupart des réfugiés vietnamiens et polonais sont au Canada depuis des dizaines d'années. Les données hospitalières portent sur la période de 2006-2007 à 2008-2009 et des différences de niveau d'adaptation pourraient influer sur les taux d'utilisation des services hospitaliers. On s'attendrait à ce que les changements touchant le système de soins de santé et la situation quant à l'accès aux fournisseurs de soins primaires, ainsi que le taux de prévalence à la hausse de l'obésité, affectent les groupes d'immigrants selon leur période d'arrivée. Les modifications aux politiques pourraient également jouer un rôle important. Les taux d'hospitalisation supérieurs parmi les immigrants du Moyen-Orient pourraient en partie être liés à l'adoption de la *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés de 2002*, laquelle a permis aux personnes présentant des problèmes de santé auparavant inadmissibles d'entrer au Canada. Ces facteurs limitent les comparaisons, même lorsque l'âge est pris en compte.

Le flux constant de personnes entrant au Canada et en sortant rend toute étude de la migration difficile. Les immigrants sont plus susceptibles que les personnes nées au Canada d'émigrer, ce qui peut introduire un biais dans les estimations. Cela est particulièrement vrai dans le cas des immigrants de la catégorie de l'immigration économique, mais moins dans le cas des réfugiés[41]. Cela étant dit, aux fins de couplage du FEI avec la BDCP, le fichier du Recensement de la population de 2006 a servi de pont. Ainsi, les immigrants devaient se trouver au Canada le jour du Recensement de 2006. Autrement dit, les personnes qui n'étaient plus au pays le jour du recensement n'auraient pas été incluses dans l'analyse et donc tout biais vers le bas en aurait été atténué.

Mot de la fin

Grâce aux données issues du couplage du FEI avec la BDCP, il est possible de viser des catégories d'immigration et des régions d'origine précises. Au fur et à mesure que le Canada poursuivra son rôle d'acteur humanitaire et étant donné l'arrivée de vagues de réfugiés du Moyen-Orient plus récemment, la question des résultats en matière de santé chez les immigrants demeure un sujet d'intérêt. Les données du FEI et de la BDCP couplées couvrent la période de 1980 à 2008. Le couplage des données sur les réfugiés arrivés plus récemment avec les données hospitalières permettra d'obtenir un tableau plus complet de la santé des réfugiés et de leur utilisation des services de soins de santé. Étant donné le caractère unique de l'expérience de chaque vague de réfugiés, les résultats de la présente étude ne sont pas généralisables aux populations actuelles et futures de réfugiés. On pourra toutefois avoir recours à la même approche pour évaluer leur état de santé et leur utilisation des services de santé. ■

Références

1. I. Hyman, « Immigration et santé », *Série de documents de travail sur les politiques de santé*, Document de travail 01-05, Ottawa, Santé Canada, 2001.
2. Z. Vang, J. Sigouin, A. Flenon et A. Gagnon, « The healthy immigrant effect in Canada: A systematic review », *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series*, 3(1), 2015, Article 4, disponible à l'adresse http://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/4
3. B. Newbold, « The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: Evidence from LSIC », *Ethnicity and Health*, 14(3), 2009, p. 315-336.
4. E. Ng, K. Pottie et D. Spitzer, « Connaissance des langues officielles et état de santé autodéclaré des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 15-23.
5. P.S. Gabriel, C. Morgan-Jonker, C.M.W. Phung *et al.*, « Refugees and health care—the need for data: Understanding the health of government-assisted refugees in Canada through a prospective longitudinal cohort », *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 2011, p. 269-272.
6. G. Cadieux, V. Redditt, D. Graziano et M. Rashid, « Risk factors for varicella susceptibility among refugees to Toronto, Canada », *Journal of Immigrant and Minority Health* 2015, doi: 10.1007/s10903-015-0313y.
7. V.J. Redditt, P. Janakiram, D. Graziano et M. Rashid, « Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont. Part 1: infectious diseases », *Canadian Family Physician*, 61(7), 2015, p. e303-309.
8. G. Hassan, P. Ventevogel, H. Jefee-Bahloul *et al.*, « Mental health and psychosocial wellbeing of Syrians affected by armed conflict », *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(2), 2016, p. 129-141.
9. M. Bogic, A. Njoku et S. Priebe, « Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review », *BMC International Health and Human Rights*, 15, 2015, p. 29. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.
10. C.L. Patil, T. Maripuu, C. Hadley et D.W. Sellen, « Identifying gaps in health research among refugees resettled in Canada », *International Migration*, 53(4), 2015, p. 204-225.
11. F.J. Mateen, M. Carone, H. Al-Saedy *et al.*, « Cancer diagnosis in Iraqi refugees », *Acta Oncologica*, 51(7), 2012, p. 950-951.
12. K. Yun, K. Hebrank, L.K. Graber *et al.*, « High prevalence of chronic noncommunicable conditions among adult refugees: implications for practice and policy », *Journal of Community Health*, 37(5), 2012, p. 11108. doi: 10.1007/s1090001295521.
13. E.A. Yanni, M. Naoum, N. Odeh *et al.*, « The health profile and chronic diseases comorbidities of US bound Iraqi refugees screened by the International Organization for Migration in Jordan: 2007-2009 », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 15(1), 2013, p. 19. doi: 10.1007/s1090301295786.
14. M.A. van Melle, M. Lamkaddem, M.M. Stuiver *et al.*, « Quality of primary care for resettled refugees in the Netherlands with chronic mental and physical health problems: a cross-sectional analysis of medical records and interview data », *BMC Family Practice*, 23(15), 2014, p. 160. doi: 10.1186/1471229615160.

15. Centers for Disease Control and Prevention, Health of resettled Iraqi refugees San Diego County, California, October 2007 to September 2009, *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 59(49), 2010, p. 16148.

16. E.V. Kliewer et A. Kazanjian, *The Health Status and Medical Services Utilization of Recent Immigrants to Manitoba and British Columbia: A Pilot Study*, Vancouver, British Columbia Office of Health Technology Assessment, 2000.

17. M. DesMeules, J. Gold, A. Kazanjian *et al.*, « New approaches to immigrant health assessment », *Canadian Journal of Public Health*, 95(3), 2004, p. 122-126.

18. M. DesMeules, J. Gold, S. McDermott *et al.*, « Disparities in mortality patterns among Canadian immigrants and refugees, 1980-1998: results of a national cohort study », *Journal of Immigrant Health*, 7, 2005, p. 221-232.

19. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Le Canada, terre d'asile: Historique*, disponible à l'adresse http://www.cic.gc.ca/francais/refugies/historique.asp, (document consulté le 10 février 2016).

20. Canadian Encyclopedia, Polish Canadians, disponible à l'adresse http://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/poles/, (document consulté le 10 février 2016).

21. E. Opoku-Dapaah, « Polish refugees in Canada: Statistics data », *Refuge-Canada's Journal on Refugees*, 16(2), 1997, p. 32.

22. Immigration, Réfugiés et Citoyenneté Canada, *Canada - Permanent residents by category, 1980 - Q1 2015*, disponible à l'addresse http://open.canada.ca/data/en/dataset/8c0cbfcb-4ea4-44ed-a58a-3fbc9edd8381. (document consulté le 24 février 2016).

23. Statistique Canada, *Base de données longitudinales sur l'immigration (BDIM)*, Date de la parution - 7 décembre 2015, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5057 (document consulté le 30 mars 2016).

24. Institut canadien d'information sur la santé, *Métadonnées de base de données sur les congés des patients (BDCP)*, disponible à l'adresse https://www.cihi.ca/fr/types-de-soins/soins-hospitaliers/soins-de-courte-duree/metadonnees-bdcp

25. Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, *CIC Landing File to Census 2006 Linkage*, Document interne, Ottawa, Division des méthodes d'enquêtes auprès des ménages, Statistique Canada, 2011.

26. M. Rotermann, C. Sanmartin, R. Trudeau et H. St-Jean, « Couplage des données du Recensement de 2006 et des données hospitalières au Canada », *Rapports sur la santé*, 26(10), 2015, p. 11-23.

27. C. Sanmartin, E. Ng, J. Brennan *et al.*, *Couplage du fichier canadien d'établissement des immigrants aux données hospitalières : une nouvelle source de données pour la recherche sur la santé des immigrants*, Études analytiques : méthodes et références, numéro 2 (n° 11-633-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2016.

28. Statistique Canada, *Couplages d'enregistrements approuvés*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/somm

29. Statistique Canada, *Directive sur le couplage d'enregistrements*, disponible à l'adresse http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1

30. B. Gushulak, « Santé migratoire au Canada : Lois et politiques canadiennes au fil des siècles », *Bulletin de recherche sur les politiques de santé* 17 (numéro spécial sur la santé des migrants) Ottawa, Santé Canada, 2010: 12-6.

31. Gouvernement du Canada, *Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés*, Ottawa, Site Web de la législation (Justice), 2001.

32. Organisation mondiale de la Santé, *International Statistical Classification of Diseases*, Genève, Organisation mondiale de la Santé, 2010.

33. K.C. Carriere et L.L. Roos, « A method of comparison for standardized rates of low-incidence events », *Medical Care*, 35(1), 1997, p. 57-69.

34. E. Ng, R. Wilkins, F. Gendron et J.M. Berthelot, L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population, *En santé aujourd'hui, en santé demain? Résultats de l'Enquête nationale sur la santé de la population* (n° 82-618 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2005.

35. E. Ng, « Effet de l'immigrant en santé et taux de mortalité », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 25-30.

36. M. Rotermann, « Répercussions de la prise en compte du lieu de naissance dans les analyses de la santé des immigrants », *Rapports sur la santé*, 22(4), 2011, p. 37-44.

37. E. Ng, C. Sanmartin et D. Manuel, « Hospitalisation en soins de courte durée, selon la catégorie d'immigration : couplage de données hospitalières avec le Fichier d'établissement des immigrants au Canada », *Rapports sur la santé*, 27(8), 2016, p. 13-21.

38. L. Hansen, L. Maidment et R. Ahmad, « Early observations on the health of Syrian refugees in Canada », *Canada Communicable Disease Report*, 42(suppl 2), 2016, p. 8-10.

39. J.V. Tu, A. Chu, M.R. Rezai *et al.*, « Incidence of major cardiovascular events in immigrants to Ontario, Canada. The CANHEART Immigrant Study », *Circulation*, 132, 2015, p. 1549-1559.

40. A. Durbin, E. Lin, R. Moineddin *et al.*, « Use of mental health care for nonpsychotic conditions by immigrants in difference admission classes and by refugees in Ontario, Canada », *Open Medicine*, 8(4), 2014, p. e136.

41. A. Aydemir et C. Robinson, *Retour et reprise de migration chez les hommes en âge de travailler*, Direction des études analytiques documents de recherche (n° 11F0019MIE2006273 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2006.

Annexe

Tableau A
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge[§] (THNA) pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse) et les causes principales pour 10 000 personnes de 30 ans et plus, population née au Canada et réfugiés selon la sous-catégorie, Canada, le Québec non compris, 2006-2007 à 2008-2009

	Toutes causes confondues			Maladies de l'appareil circulatoire			Maladies de l'appareil digestif			Cancer		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Nés au Canada[†]	891,2	890,1	892,3	157,7	157,3	158,2	114,5	114,1	114,8	86,0	85,7	86,4
Réfugiés	493,5*	486,5	500,6	97,8*	94,5	101,2	67,0*	64,5	69,6	58,7*	56,4	61,1
Parrainés par le gouvernement	481,3*	470,4	492,4	90,2*	85,2	95,5	65,8*	62,0	69,8	58,9*	55,3	62,7
Parrainés par le secteur privé	478,9*	467,2	490,8	93,9*	88,5	99,6	68,3*	64,1	72,7	59,9*	56,0	64,0
Admis comme réfugiés au Canada	538,8*	523,5	554,6	118,9*	111,4	126,9	69,6*	64,4	75,2	55,8*	51,2	60,8
Personnes à charge	484,3*	438,0	535,4	84,0*	64,6	109,4	41,2*	31,2	54,5	65,7*	50,4	85,8

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

§ en fonction de la population du Recensement de 2006

† catégorie de référence

Sources : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009) et couplage du Recensement de 2006 avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).

Tableau B
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge[§] (THNA) pour toutes les causes confondues (à l'exception de la grossesse) et les causes principales pour 10 000 personnes de 30 ans et plus, population née au Canada et réfugiés en provenance de la Pologne, du Vietnam ou du Moyen-Orient selon la sous-catégorie, Canada, le Québec non compris, 2006-2007 à 2008-2009

	Toutes causes confondues			Maladies de l'appareil circulatoire			Maladies de l'appareil digestif			Cancer		
		Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %	
	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à	THNA	de	à
Nés au Canada[†]	891,2	890,1	892,3	157,7	157,3	158,2	114,5	114,1	114,8	86,0	85,7	86,4
Pologne												
Réfugiés	454,4*	437,1	472,4	93,2*	85,1	102,2	60,4*	54,6	66,8	64,5*	58,3	71,3
Parrainés par le gouvernement	436,3*	407,4	467,2	96,7*	82,9	112,8	51,7*	42,8	62,6	65,0*	54,5	77,6
Parrainés par le secteur privé	459,1*	437,7	481,6	90,2*	80,4	101,2	64,3*	57,0	72,5	62,8*	55,5	71,1
Vietnam												
Réfugiés	375,4*	359,8	391,6	54,8*	48,8	61,5	52,7*	47,1	59,0	59,2*	53,5	65,5
Parrainés par le gouvernement	362,7*	341,2	385,7	45,5*	38,0	54,4	51,8*	44,1	60,9	59,5*	51,6	68,5
Parrainés par le secteur privé	390,0*	367,8	413,5	63,9*	54,9	74,3	53,8*	46,0	63,0	59,2*	51,3	68,3
Moyen-Orient												
Réfugiés	605,8*	583,4	629,2	135,4*	124,4	147,4	76,9*	69,6	85,0	50,9*	44,9	57,7
Parrainés par le gouvernement	608,7*	573,4	646,1	141,7	124,0	161,9	79,7*	68,3	92,9	44,8*	36,3	55,2
Parrainés par le secteur privé	614,7*	576,7	655,3	135,6*	117,8	156,1	79,2*	66,4	94,4	58,1*	47,7	70,8
Admis comme réfugiés au Canada	576,4*	531,3	625,2	129,4*	107,7	155,6	65,8*	53,2	81,5	52,1*	39,7	68,3
Personnes à charge	569,0*	440,7	734,6	...	...	...	...	...	...	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

§ en fonction de la population du Recensement de 2006

† catégorie de référence

Sources : Couplage du Fichier d'établissement des immigrants (1980 à 2006) avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009) et couplage du Recensement de 2006 avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2008-2009).